·继续医学教育·

拔毛癖的临床诊治进展

章星琪

(中山大学第一附属医院皮肤性病科,广东 广州 510080)

[摘要] 拔毛癖是由人工性牵拉引起的外伤性脱发,好发于儿童,容易误诊成其他脱发性疾病,尤其是斑秃。皮肤镜、脱发斑病理改变有助于鉴别诊断。本病病因不详,患儿与监护人的沟通不良和学习压力是常见的诱因。现认为本病患者有其心理行为特征,即有具强迫症特点的习惯行为。治疗中可采用行为治疗如强化训练、惩罚、习惯逆转训练等,或使用抗精神病药物治疗。本病复发率较高,监护人的监督和心理引导很有帮助。

[关键词] 拔毛癖; 强迫症; 习惯性动作; 行为治疗

[中图分类号] R758.71 [文献标识码] A DOI:10.3969/j.issn.1674-8468.2013.02.022

1 定义

拔毛癖指患者拔除自己的头发造成脱发,实质是由人工性牵拉引起的外伤性脱发。我国的发病率不详,美国的发病率约1%。据估计,女性一生中发生拔毛癖的机率为0.6%~3.4%,而男性为0.6%~1.5%[1]。该病在《精神疾病诊断与统计手册》第四版修改版中(DSM-IV-TR)(美国精神病学会,ARA,2000)定名为拔毛癖,有五点诊断要点,包括明显的毛发缺失、拔毛前的紧张感、拔毛后的欣快、满足或轻松感、具有社交方面的功能障碍等(下详)。但有许多病人并不能满足这些条件,故此,现在对此病的认识还有争议,实际上可能往往过低估计了其发病率。

2 病因

本病可能是一组病因不同的疾病有着共同的临床表现。确切病因未明,有学者认为它是一种慢性强迫性精神疾患即强迫症,分类属于冲动控制疾患[1];也有学者认为在学龄前儿童患者只是一种习惯性动作,与咬甲癖和吸指癖相似,其诱因多为家庭兄弟姐妹的争斗、父母漠不关心或罹患感染性疾病,反映出一种轻度的沮丧或挫败感。精神压力是拔毛癖的一项重要成因,儿童拔毛癖常发生于家庭环境变迁时,如乔迁、住院、与亲人分离等。

还有研究显示由于患者位于大脑白质、涉及运动习惯产生和抑制的神经传导通道发生紊乱,因此出现重复动作[2]。拔毛癖患者的同患疾病为焦虑症、抑郁症和强迫症。本病虽多为散发病例,但在拔毛癖患者的第一级亲属中有发现拔毛癖、酗酒、强迫症、反社会人格障碍的患者比一般人群的发病率高[3]。

3 心理行为特点

该病是一种具强迫症特点的习惯行为,它兼有强迫症和刻板运动障碍的特点,因为患者会做出重复的拔发动作,目的是缓解精神压力[3]。根据对拔毛行为的自知状况,可以将患者分为两组,一组为自动性(automatic),即下意识,对拔发动作无知觉,至多会承认用手拨弄头发;另一组是主动性(focused),拔发完全是主动行为,患者常有不能克制的反复拔除毛发的冲动和行为,拔毛前有焦虑感,拔毛后有轻松感或满足感。另外,患者容易出现抑郁症、社交焦虑症和强迫症。

在心理上,拔毛癖也有可能造成低自尊,通常是因为患者的脱发外貌引起旁人关注,造成同伴的躲避和患者本身对社交的恐惧。成人患者尤其刻意掩饰脱发的情况,戴帽子或假发、画眉毛或做相应能遮挡的发型,避免前往游泳池等有可能被人发现脱发的公众场所。

4 临床表现

本病可见于三个年龄段的患者:学龄前、青春前期、成人期,以9到13岁之间的青少年最为多见[4]。学龄前男女比例相近,而学龄后女性多见,与男性的比例约为2:1。临床上根据发病年龄和自知程度可分为三型:早发型、自动性和主动性。早发型为学龄前儿童的拔毛癖行为,多为短期性、良性经过;自动性指患者的拔毛行为是下意识的、无自知力;主动性则为患者的主动行为。

本病病程慢性,发生过程多隐匿。拔发的行为往往不易为同住者察觉,动作除拔发外,有捻发、手指绕卷毛发、用梳子梳发等,毛干由于长时间的物理拉力而断裂、脱出毛囊管道。由于患者多用右手拔毛发,受累部位最常见为头顶部,其次为颞部,枕部,额部;也可发生于眉毛、睫毛和阴毛。临床表现为形状不规则脱发斑,可呈完全性或不完全性脱发。完全性脱发的脱发斑边界较清,形状多怪异。

然而,临床上以不完全性脱发多见,脱发斑境界不清,脱发部位毛发长短不一,部分毛发迂曲盘折,可有外伤性表皮剥脱和出血点。

5 合并症

此病少见,但可有由拔发引起的头皮继发感染。极少数患者可合并食毛癖,导致胃石症,表现为呕吐、体重减轻,甚至危及生命。

6 皮肤镜表现

皮肤镜下可见断发、短毳毛增多、黑点征、黄点征和长短不一的发干,上述改变类似斑秃的皮肤镜改变,但拔毛癖的特点是断发发梢表现为残端有分裂和卷曲,尚有卷曲的短发,而且无感叹号发[5]。另一个特点是头皮有因拔发引起的出血点。

7 病理改变

拔毛癖的病理有其特征性,可助诊断。由于毛干持续受到外力的牵拉作用而脱离,毛囊被动性地进入退行期,继而进入休止期,故病理特征是退行期毛囊增多,可达全部毛囊的 20% ~30%。退行期毛囊增多的表现虽与斑秃相似,但炎症浸润轻微,而斑秃以休止期毛囊增多为著[6]。拔毛癖的病理特点还有毛囊周围血管微出血,近毛囊开口处的管腔内有色素沉着管型,后者为毛母质以及色素成分受到牵拉而移位到毛囊的漏斗部和开口处。尚有多量的“外伤性毛囊”,即非正常性毛干脱失造成外毛根鞘出现广泛性凋亡,而呈现深红色染色,为退行期毛囊。另外,尚可见毛软化现象,即毛干在毛囊内扭转,角化不全,毛囊壁不均匀增厚。

8 辅助诊断手段

临床试验中用手掌轻按脱发部位的毛发,可感知毛干的粗糙断离端,但拉发试验(pull test)多为阴性。

由于休止期毛发均已被拔出,故留在头皮上的均为生长期,所以在拔发试验(pluck test)拔出的毛发发根检查均属生长期,与正常情况时休止期毛根可达 15% 不同。还可使用剃发试验,即在头皮上剃出 2 cm × 2 cm 区域,使患者不能在这个区域拔除头发,1 周后观察该区域毛发,若生长正常可确诊。

9 诊断要点

详细的体检、既往病史尤其是精神心理病史,对诊断拔毛癖很有帮助。儿童患者常较成人患者容易诊断,家长可发现孩子有拔发行为或发现桌子旁地上有较多脱落的毛发。上述辅助诊断手段和头皮病理可助确诊。

在《精神疾病诊断与统计手册》第四版修改版中(DSM-IV-TR)(美国精神病学会,ARA,2000)拔毛癖的诊断要点为:①反复拔除毛发的行为导致明显的毛发缺失;②在拔毛前或尝试抵制此行为时常有不断增长的紧张感;③拔毛后有欣快、满足或轻松感;④脱发并非由其他精神疾患或原有系统性疾病(如皮肤病)引起;⑤该症导致临床上明显的病症,或导致社交、职业或其他功能障碍。

10 鉴别诊断

本病易误诊为其他脱发性疾病,如斑秃、头癣、牵拉性脱发、雄性激素性脱发等。由于该病的临床和皮肤镜表现均类似斑秃,例如可有光滑的脱发斑,皮肤镜表现可见黄点、短毳毛增多、黑点征、断发等,临床上常误诊为斑秃。诊断此病时首先医师必须要对此病有所了解,保持警惕性,询问拔发的可能性;其次,下列几点有助于与斑秃的鉴别诊断:①完全性脱发斑的形状怪异,以头顶为主,而斑秃脱发斑的部位有其随意性;②不完全性脱发斑内头发长短不一,用手掌触之可感知断离发梢,拔发阴性;③家长发现患儿有拔发现象; ④皮肤镜下断发的形态学特点有异于斑秃之处在于残端有分裂和卷曲,但无斑秃头皮局部炎症所致营养不良而导致的毛干粗细不一和感叹号发现象;⑤病理改变有毛囊管型、外伤性毛囊、毛囊周围血管微出血,而炎症轻微。

11 治疗要点

学龄前儿童的拔毛癖行为多为短期性,无需特殊处理。

对青春前期和成人患者,主要进行心理治疗,其中包括家庭治疗、行为治疗及支持性会谈治疗,简述如下。

①病情通报:首先直面患儿和家长或患者,阐明拔毛癖的诊断,了解发病经过,宣教该病的发生发展过程。对认为脱发是疾病引起的自动性拔毛癖患者,告知脱发并非由头皮疾病引起,而是拔发行为所致,只要不碰头发,毛发便可正常生长。对未见过患儿拔发、不认同拔毛癖诊断的家长,医师需解释该病的下意识性和强迫性,以取得对方信任、认同和在治疗中的配合,家长的协助对治疗该病尤为重要。

②家庭治疗:了解患儿精神压力的缘由,与家长一道商讨解决方法,并告诫患儿尽量不用手触及头发。让患者适当增加娱乐、外出或其它活动,以分散注意力。

③行为治疗:对较大年龄的患儿和成人,可使用行为治疗,如强化训练、惩罚、习惯逆转训练(habit reversal training),后者训练患者学习认知自己拔除毛发的冲动和行为,教导他们转移这种冲动,有意识地控制这种行为。其内还包括竞争法,如可介绍用供捏搓的手球等物占据患儿的双手,形成新的习惯动作,取代拔发这一原有的习惯动作。

④专科治疗:如果需要,可将患者推荐给精神病专科医师,以行精神分析和心理治疗。

对诉头皮痒患者采用局部用药,可使用外用皮质类固醇激素制剂,亦可外用米诺地尔制剂,使毛囊加速进入生长期。

对上述治疗无效的患者可考虑使用抗精神类药物治疗:①三环抗抑郁药物如氯米帕明(clomipramine),能有效地控制强迫症和刻板重复动作,在重症拔毛癖的使用亦显著改善症状。②选择性5-羟色胺再吸收抑制剂(SSRI)药物如氟西汀(Fluoxetine),疗效虽不如三环抗抑郁药物显著,但亦可取得短期疗效。③其他药物,氟哌啶醇(haloperidol)和锂剂(Lithium)也有一定的疗效。

12 疗效追踪

心理治疗有效的患者在有效地控制拔毛的强迫欲和行为后,毛发生长恢复很快。由于不存在控制炎症的阶段,获得疗效的时间往往比治疗斑秃短,两周的时间便能看到明显的毛发生长。皮肤镜在观察疗效和客观评价患者有无继续拔发的行为方面很有价值,断发、出血点等均可视作病情活动性的指征。

本病容易复发,少数患者病情迁延、反复难治,需要长期监视病情和强化治疗。

13 我国资料

国内自1988年起对该病有过不少的临床报道[7-10],与国外资料相似点在于患者多为儿童,且女性占多数[10]。我院脱发专科总结了近四年内共诊治拔毛癖患者共30余例,发现家长多对该病缺乏认识,大约四分之一的患儿及父母否认拔发的存在,不愿接受拔毛癖的诊断。有数例误诊为斑秃,经系统性皮质类固醇激素治疗无效(我组未发表资料)。我们发现拔发行为往往发生在患儿独处一室做作业、使用电脑或看电视时,被家长发现桌子旁的地上有散落的毛发,但也有少数发生在学校的课室中。患者对该病有一定的自知程度,我们的病人中有近一半的患儿承认用手拨弄头发。而且拔毛癖常发生于不与父母同住、或与父母沟通不佳的儿童。其他的精神压力多来自学业、与同学的关系、家长强迫多吃饭等等。因此患儿有精神压力,又无适当的疏散途径是发生该病的主要原因。

14 总结

拔毛癖好发于儿童,临床上并不少见,但容易误诊成其他脱发性疾病,尤其是斑秃,皮肤镜、脱发斑病理改变有助于鉴别诊断。本病病因不详,患儿与监护人的沟通不良和学习压力是常见的诱因。现认为本病患者有其心理行为特征即具强迫症特点的习惯行为。治疗中可采用行为治疗如强化训练、惩罚、习惯逆转训练等,或使用抗精神病药物治疗。本病复发率较高,监护人的密切监督和心理引导很有帮助。

[参考文献]

[1] Duke DC, Keeley ML, Geffken GR, et al. Trichotillomania: a current review[J]. Clin Psychol Rev, 2010, 30(2): 181-193.

[2] Chamberlain SR, Hampshire A, Menzies LA, et al. Reduced brain white matter integrity in trichotillomania: a diffusion tensor imaging study[J]. Arch Gen Psychiatry, 2010, 67(9): 965-971.

[3] Arzeno Ferrao Y, Almeida VP, Bedin NR, et al. Impulsivity and compulsivity in patients with trichotillomania or skin picking compared with patients with obsessive-compulsive disorder[J]. Compr Psychiatry 2006, 47(4): 282-288.

[4] Christenson GA, Mackenzie TB, Mitchell JE. Characteristics of 60 adult chronic hair pullers[J]. Am J Psychiatry, 1991, 148(3): 365-370.

[5] Abraham LS, Torres FN, Azulay-Abulafia L. Dermoscopic clues to distinguish trichotillomania from patchy alopecia areata[J]. An Bras Dermatol, 2010, 85(5): 723-726.

[6] Eudy G, Solomon AR. The histopathology of noncicatricial alopecia[J]. Semin Cutan Med Surg, 2006, 25(1): 35-40.

[7] 李宗华. 拔毛狂4例报告[J]. 临床皮肤科杂志,1988,17(4):211.

[8] 刘启文. 拔毛、食毛癖一例报告[J]. 临床皮肤科杂志,1992,21(3):162-163.

[9] 侯显曾. 35例拔毛癖临床分析[J]. 岭南皮肤性病科杂志,2000,7(2):6-8.

[10] 熊春萍,张滨岳,侯显曾. 52例拔毛癖临床分析[J]. 南方医科大学学报,2006, 26(7):1071-1072.

[收稿日期] 2012-12-28

欢迎投稿 欢迎订阅